PROGRAMA DE SERVICIOS MÉDICOS DEL CONDADO
NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN
APROBACIÓN DE LOS BENEFICIOS

(COUNTY STAMP)

Nombre del caso: _____

Número del caso: _____

Distrito: _____

Esto affecta a: _____

_____
(Nombres)

Se ha aprobado su solicitud para recibir beneficios de CMSP.

❒ Usted tiene derecho a recibir beneficios de CMSP, a partir del primer día de _____. Pronto, recibirá su Tarjeta de Identiicación de Beneficios (BIC) de plástico. No tire esta tarjeta. Esta tarjeta es válida mientras que usted reúna los requisitos para recibir beneficios de CMSP. Lleve esta tarjeta de plástico al doctor o a otro proveedor de Medi-Cal cuando solicite servicios médicos.

❒ Puesto que sus intresos exceden la cantidad permitida para gastos necesarios para vivir, usted tiene que pagar o se compromete a pagar una parte del costo para su cuidado médico. A partir del _____ su parte del costo es de $_____. Su parte del costo se calculó de la siguiente manera:

Ingresos Brutos	$_____
Ingresos Netos que no Están Exentos	$_____
Ingresos Necesarios para Mantenerse	$_____
Ingresos en Exceso/Parte deo Costo	$_____

Lleve su tarjeta de plástico consigo cada vez aue reciba cuidado médico. Su Tarjeta de Plástico le indicará a su proveedor si usted tiene que pagar una parte del costo. La cantidad que usted paga o la que está comprometido(a) a pagar a sus proveedores médocos será calculada automáticamente. Una vez que haya pagado o se haya comprometido a pagar su parte del costo total, usted no tendrá que pagar por los servicios médicos que reciba de los proveedores de Medi-Cal durante ese mes.

Los ordenamientos que exigen esta acción son la(s) siguiente(s) sección(es) del Título 17 del Código Administrative de California: 1498, et. seq.

_____ _____ _____
Trabajador(a) de Elegibilidad Teléfono Fecha

POR FAVOR LEA EL REVERSO DE ESTE AVISO